



# A Perturbação de Stress Traumático Secundário nas esposas dos ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa: Psicopatologia, *coping* e estilos de vinculação

Anabela Ventura Margarido

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica  
Orientador: Professor Doutor Henrique Vicente, Professor Auxiliar, Instituto Superior Miguel  
Torga

Coimbra, janeiro de 2017

## **Agradecimentos**

Ao Professor Henrique Vicente pelo seu rigor académico, pelo seu empenho e por acreditar neste trabalho.

Aos meus filhos, Gonçalo e Beatriz, pelo carinho. Não foi fácil decidir entre o não ir passear ou o não ficar simplesmente a preguiçar no sofá, a comer pipocas e a ver desenhos animados, em prol da mãe ficar em casa a trabalhar. Sem vocês, sem o vosso amor (e birras pelo meio), não seria possível o término desta etapa.

Ao meu marido, namorado e amigo, por acreditar que seria possível, pela sua persistência e quase “obsessão” em ver a conclusão deste trabalho. Ao seu bolo de chocolate nas pausas (eram muitas) e cujos ingredientes principais eram o “amor” e a muita paciência.

À minha amiga Sara Pimentel, pela paciência e apoio que me dedicou, especialmente, nestes últimos três meses.

Ao Centro de Saúde Militar de Coimbra e à Liga dos Combatentes de Coimbra pela sua disponibilidade no acesso à recolha dos dados da amostra para esta investigação.

A todos aqueles que fizeram parte deste projeto, sem os quais não seria possível concretizá-lo. Particularmente, às esposas dos ex-combatentes da Guerra Colonial, pelo carinho, pela confiança e partilha das suas vidas. Um bem-haja a estas mulheres que, apesar de tudo, continuam a sentir e a transmitir tanta fé e esperança, a si mesmas, aos seus maridos e familiares.

## Resumo

**Introdução:** A exposição a eventos traumáticos é parte integrante da experiência humana e as suas consequências não estão apenas limitadas à vítima direta afetando outros significativos que convivem e mantêm contacto próximo com o indivíduo. A Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) em veteranos de guerra representa um risco para o desenvolvimento de sérios problemas no relacionamento familiar e as suas esposas podem experienciar sintomas idênticos aos da PSPT que podem evoluir, posteriormente, para a Perturbação de Stress Traumático Secundário (PSTS).

**Objetivos:** Investigar o nível de transmissão da PSPT de ex-combatentes portugueses da Guerra Colonial para as suas esposas e explorar os efeitos sintomatológicos da traumatização secundária nestas. Pretende-se, ainda, averiguar o tipo de vinculação e as estratégias de *coping* utilizadas por estas mulheres.

**Metodologia:** A amostra é constituída por 69 participantes divididas entre um grupo clínico (esposas de ex-combatentes de guerra;  $n = 39$ ) e um grupo de comparação (esposas de cidadãos civis da população geral;  $n = 30$ ), com idades entre os 58 e os 79 anos e os 59 e 81 anos, respetivamente. Para além da *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-I), foram aplicados o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), a Escala de Vinculação do Adulto (EVA) e o Brief Cope.

**Resultados:** As esposas dos ex-combatentes apresentam na sua maioria PSTS, havendo diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Quando comparadas com as esposas de cidadãos civis, estas revelaram possuir mais problemas de sono, mais psicopatologia e sintomatologia psicopatológica associada, revelaram utilizar mais estratégias de *coping* maladaptativas e demonstraram mais inseguranças na vinculação.

**Discussão:** O presente estudo fornece dados que evidenciam que as mulheres dos ex-combatentes podem sofrer de PSTS e que existe um nível de traumatização secundária elevada, já que a maioria revela ter sintomatologia idêntica à dos seus maridos. Entender como o *stress* se desenvolve, como é mantido e como lidamos com ele é uma característica importante para compreender a PSPT, a influência e as consequências que este tem nos outros, especialmente, a PSTS.

**Palavras-chave:** veteranos, Guerra Colonial Portuguesa, Perturbação de Stress Pós-Traumático, cônjuges, Perturbação de Stress Traumático Secundário

## Abstract

**Introduction:** The exposition to traumatic events is an integral part of human experience and their consequences are not only limited to the direct victim, but also affect significant others that are close to the individual. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in war veterans represents a risk for the development of serious problems in family relationships, and spouses may experience similar symptoms to PTSD that may evolve, afterwards, to Secondary Traumatic Stress Disorder (STSD).

**Objective:** Investigate the level of PTSD transmission of the Colonial War portuguese former combatants to their spouses and explore the symptomatic effects of secondary traumatization in them. It also intendeds to ascertain the type of attachment and the coping strategies used by these women.

**Methods:** The sample consists in 69 participants divided in a clinical group (spouses of former war veterans;  $n = 39$ ) and a comparison group (spouses of civil citizens from general population;  $n = 30$ ), aged between 58 to 79 and 58 to 81, respectively. The instruments applied were the *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-I), the Brief Symptom Inventory (BSI), the Adult Attachment Scale-R (AAS-R) and the Brief Cope.

**Results:** Most of the spouses of former combatants show PSTS, with significant statistical difference between both groups. When compared with the civil citizen spouses, they present more sleep problems, more psychopathology and associated psychopathological symptomatology, reveal more maladaptive coping strategies and show more insecurity in attachment.

**Discussion:** This study provides data that indicates that former combatant spouses may suffer STSD, with a high secondary traumatization level, since most of them presents symptomatology identical to their husbands. Understanding how the stress develops, how it is maintained and how we deal with it, is important to understand PTSD, the influence and consequences that it has in others, specially, STSD.

**Keywords:** veterans, Portuguese Colonial War, Posttraumatic Stress Disorder, spouses, Secondary Traumatic Stress Disorder

*“Se olhar bem, não é mau de todo, só gostava de poder fazer outras coisas, como ir ver o mar. Sabe, ele bebia muito mas nunca me bateu, só tinha de o saber levar.”*

*“Mudou tudo, era feliz e fui para o inferno, o meu marido bebia muito, era agressivo comigo e com os filhos, e também não respeitava o casamento. Quando casei fiquei pior da arritmia, tinha muito trabalho e era tudo para mim.”*

*“Não posso dormir descansada, quando dou conta já está o meu marido ou a beber álcool durante a noite ou a vaguear pela casa a ruminar sobre a guerra, sobre tudo. Uma noite quando eu dormia no quarto ao lado, ouvi um barulho, era o meu marido a deitar as coisas da cama dele pela janela do quinto andar, por vezes penso, se eu estivesse ali, era eu. Uma madrugada, acordei e não vi o meu marido, procurei por todo o lado, pela casa, na rua, até perguntei aos vizinhos se o tinham visto, sabe onde o fui encontrar? Debaixo da cama a dormir. Acho que ele teve mais um dos seus pesadelos de guerra e escondeu-se do inimigo debaixo da cama.”*

*“Um dia, tive de esperar durante muito tempo, escondida, à espera que o meu marido saísse de perto do caixote do lixo para eu poder ir lá buscar o meu filho (6 anos), ele pensava que o filho era o inimigo e deitou-o lá para dentro, foi horrível, os meus filhos também sofreram muito com a doença do pai”.*

Testemunhos de esposas de ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa  
obtidos durante as entrevistas para a realização desta Dissertação.

## Introdução

A resposta dos seres humanos a situações de crise, quando confrontados com adversidades extremas tem sido, desde sempre, considerada de grande interesse e curiosidade (Albuquerque, Soares, Jesus, e Alves, 2003; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, e Nelson, 1995; Kuch e Cox, 1992; Snir, Levi-Belz, e Solomon, 2016; Solkoff, Gray, e Keill, 1986). Sobreviventes de eventos traumáticos, resultantes tanto de desastres naturais (e.g., tremores de terra, cheias, tornados ou incêndios) como provocados pelo ser humano (e.g., guerra, violência sexual ou acidentes de viação) podem descobrir que, mesmo tendo sobrevivido ao acontecimento, as suas dificuldades não terminaram (Kessler et al., 1995; Kuch e Cox, 1992; Maia, McIntyre, Pereira, e Ribeiro, 2011; Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock, e Walsh, 1992; Snir et al., 2016). A ideia de que as reações psicológicas que se desenvolvem, frequentemente, após a exposição a eventos de vida traumáticos e que os padrões de resposta eram suficientemente estereotipados para justificar o reconhecimento como uma perturbação, tornou-se firmemente estabelecida no final do século XIX e início do século XX (Turnbull, 1998).

A Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) foi primeiramente apresentada na terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais [DSM-III; American Psychiatric Association (APA), 1980], contudo esta não é uma perturbação nova, havendo diferentes conceptualizações da PSPT ao longo da história. Na I Guerra Mundial, ficou conhecida como “*shell shock*”, na II Guerra Mundial como “*fadiga de batalha*” ou “*neurose de guerra*”, na Guerra da Coreia como “*exaustão operacional*” e na Guerra do Vietname como “*fadiga de combate*” tendo, esta última, sido de particular importância para o reconhecimento médico oficial da PSPT, assim como, o ativismo político (Hyams, Wignall, e Roswell, 1996; Jones, 2006; Scott, 1990).

Atualmente, na quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5; APA, 2014), a PSPT passa a constar na categoria das Perturbações relacionadas com o Trauma e *Stress*, evidenciando a recente ênfase na exposição e reação de um indivíduo a um evento traumático específico, reformulando, assim, a organização anterior onde, no DSM-IV, era categorizada nas Perturbações da Ansiedade (APA, 2000).

De acordo com o DSM-5 (APA, 2014), a característica fundamental presente na PSPT é o desenvolvimento de sintomas específicos após a exposição a um ou mais eventos traumáticos, isto é, no caso de alguns indivíduos prevalecem sintomas emocionais e comportamentais como o reviver do medo, noutros casos são mais frequentes estados de humor caracterizados pela anedonia ou disforia e crenças negativas e, ainda, em alguns casos predomina a excitação e

sintomas reativos, enquanto em outros, predominam sintomas dissociativos. Finalmente, alguns indivíduos exibem combinações desses padrões de sintomas.

No DSM-5 (APA, 2014) são descritos como traumáticos os acontecimentos em que há exposição (direta do próprio ou como testemunha de situações vivenciadas por outros) à morte ou ameaça de morte, a ferimentos graves ou violência sexual.

A exposição a eventos traumáticos é parte integrante da experiência humana estimando-se que, ao longo da vida, a prevalência seja de cerca de 60% a 90% (Albuquerque et al., 2003; Breslau, 2009; Breslau et al., 1998; Kessler et al., 1995). Contudo, apesar de inicialmente os indivíduos experienciarem sintomas de PSPT, para a maioria dos sobreviventes estes sintomas são transitórios, não evoluem para uma perturbação *per se*, recuperando rapidamente da sintomatologia ansiógena sentida imediatamente após a exposição ao trauma (Brewin, Andrews, e Valentine, 2000), o que origina taxas de prevalência estimadas de PSPT entre 1% a 5% (Darves-Bornoz et al., 2008; Kessler et al., 2005; Lassemo, Sandanger, Nygård, e Sørgaard, 2016; McMillan e Asmundson, 2016). Por exemplo, num estudo realizado na Europa (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Survey*) e que incluiu 6 países (Espanha, Itália, Alemanha, Holanda, Bélgica e França), Darves-Bornoz e colegas (2008), verificaram que 64% dos indivíduos (67% dos homens; 60,5% das mulheres) reportaram pelo menos um evento traumático nas suas vidas, mas que apenas 1,1% apresentava PSPT decorridos 12 meses. Especificamente em Portugal, Albuquerque e colaboradores (2003) referem que ao longo da vida 75% da população está exposta a um acontecimento adverso e 43,5% são expostas a mais do que um, mas a prevalência de PSPT é de somente 5,3%.

Vários modelos teóricos têm sido formulados no sentido de explicar a quem, quando e por que motivo a PSPT se desenvolve e se mantém já que, como verificado anteriormente, a maioria dos indivíduos expostos a eventos traumáticos não desenvolve esta perturbação (Kessler et al., 2005). Estes incluem teorias biológicas que se focam na resposta de hormonas de *stress*, na neuroanatomia e predisposições genéticas (e.g., Domschke, 2012; Koenen, 2007; Yehuda, 2002). As teorias psicossociais focam-se na exposição a situações de vida ameaçadoras e violência interpessoal, história de abuso ou outras adversidades severas na infância e recentes eventos de vida *stressantes*, mas também equacionam fatores protetores que incluem recursos socioeconómicos, nível de escolaridade e suporte social (e.g., Brewin et al., 2000; Ozer, Best, Lipsey, e Weiss, 2003; Schnurr, Lunney, e Sengupta, 2004). As teorias cognitivas identificam padrões de crenças disfuncionais e processamento da informação associado a um medo persistente e hipervigilância, para além de referenciarem que as estratégias de *coping* podem ser uma variável importante ao moderar a resposta do indivíduo

ao trauma (Ehlers e Steil, 1995; Jones e Barlow, 1990). As teorias da aprendizagem postulam que existem redes de medo onde o trauma irá condicionar associações e cognições associadas com a hiper-reatividade como lembretes do evento original e do evitamento comportamental (Foa e Kozak, 1986). E, finalmente, a teoria do processamento emocional postula que a estrutura de medo subjacente à PSPT é caracterizada por um vasto número de representações de estímulos inofensivos que são erroneamente associados com o significado de perigo, assim como representações de ativação fisiológica e de reações comportamentais que resultam nos sintomas de PSPT (Foa e Rothbaum, 1998; Jaycox, Foa, e Morral, 1998). Não obstante, torna-se importante salientar que a morbidade pós-traumática é uma condição que envolve múltiplos fatores que incluem hormonas de *stress*, atividade neuronal alterada, enviesamentos cognitivos e crenças disfuncionais, condicionamento do medo, memórias intrusivas, fatores de risco biológicos, genéticos e psicossociais e fatores de proteção (Connor e Butterfield, 2003).

Diversos estudos têm demonstrado que a vulnerabilidade individual e os fatores predisponentes são equacionados como fortes preditores que contribuem para o desenvolvimento de PSPT após a exposição do indivíduo a um evento traumático (e.g., Breslau, 2009; Brewin et al., 2000; Kessler et al., 1995; McMillan e Asmundson, 2016). Estes fatores de risco podem ser classificados em três domínios temporais: atributos do indivíduo pré-existent e as suas experiências traumáticas prévias (pré-traumáticos), características do acontecimento traumático (peri-traumáticos) e circunstâncias pós-trauma (pós-traumáticos) (Ozer et al., 2003).

No que concerne aos fatores pré-traumáticos, o género é um importante fator de risco, com as mulheres a terem um risco aumentado de desenvolverem PSPT quando comparadas com os homens, com um rácio de aproximadamente 2:1 (Breslau, 2009; Breslau et al., 1998; Kessler et al., 1995; McMillan e Asmundson, 2016). Do mesmo modo, minorias étnicas (Koenen, Stellman, Stellman, e Sommer, 2003), indivíduos com extensos défices funcionais e com comorbilidade com outras perturbações mentais (e.g., depressão, ansiedade) ou aditivas (Breslau e Davis, 1991; Brewin et al., 2000), com recursos socioeconómicos reduzidos e com baixa escolaridade (Boscarino, 2006; Breslau e Davis, 1991; Schnurr et al., 2004), fraco suporte social (Charuvastra e Cloitre, 2008; King, Taft, King, Hammond, e Stone, 2006) e com história psiquiátrica própria ou familiar (Breslau e Davis, 1991; Brewin et al., 2000) podem estar mais vulneráveis. Por exemplo, tanto para o *stress* traumático, como para o *stress* no geral, o suporte social tem um papel bastante importante: um menor suporte social está associado a um risco aumentado de desenvolvimento de PSPT, por outro lado, um suporte social de qualidade ou mais elevado atua como fator protetor em relação ao desenvolvimento desta perturbação



(Brewin et al., 2000; King et al., 2006). Relativamente aos fatores peri-traumáticos, importa salientar que os eventos com taxa de ocorrência mais elevada (e.g., testemunhar outra pessoa a sofrer, ser ameaçado) estão associados a um menor risco de desenvolvimento desta perturbação, enquanto que os eventos com menor probabilidade de ocorrência (e.g., guerra, terrorismo, abuso ou agressão sexual) estão associados com um maior risco de desenvolvimento da PSPT (Charuvastra e Cloitre, 2008; Kessler et al., 1995; Santiago et al., 2013). São também de destacar os sintomas dissociativos que podem ocorrer, isto é, quando estes sintomas emergem ou o indivíduo tem uma experiência dissociativa durante o acontecimento – conhecida como *dissociação peri-traumática* – o risco de desenvolvimento de PSPT é elevado, sendo considerado como um forte preditor de futuros sintomas desta perturbação (Ozer et al., 2003). Ozer e colegas (2003) verificaram, ainda, que os indivíduos que relataram terem tido respostas emocionais negativas muito intensas (i.e., medo, desamparo, horror, culpa e vergonha) durante ou imediatamente após o evento traumático apresentam um risco mais elevado de sofrer de PSPT.

Há um consenso geral de que os acontecimentos seguintes após a exposição a um evento traumático (i.e., fatores pós-traumáticos) desempenham um papel significativo na determinação se o indivíduo desenvolve sintomatologia característica da PSPT ou a própria perturbação. De facto, estudos sugerem que a PSPT tem sido repetidamente associada a níveis mais baixos de suporte social percebido e que a fraca capacidade de *coping* atua, igualmente, como fator de risco (Brewin et al., 2000; Charuvastra e Cloitre, 2008; Ozer et al., 2003).

Após várias décadas de pesquisa, tornou-se claro que existem evidências crescentes de uma série de fatores de risco e vulnerabilidades individuais, sugerindo que é improvável que esta perturbação derive unicamente de uma causa mas, ao invés disso, derive da conjugação de múltiplos fatores e causas que contribuem para o aparecimento e manutenção da PSPT.

#### *PSPT em ex-combatentes de guerra*

A guerra é, provavelmente, uma das situações mais desafiantes que o ser humano pode experienciar. Terror, ferimentos, morte, corpos mutilados e perda de camaradas são experiências trágicas de guerra e os veteranos, independentemente da sua época, correm o risco de desenvolver sintomas psicológicos como resultado das experiências por que passaram. Ao longo dos anos e após vários conflitos militares, diversos estudos têm demonstrado que estas experiências resultam num risco considerável para o desenvolvimento de problemas de saúde mental que incluem a PSPT, depressão major, abuso de substâncias, défices no funcionamento

social, entres outras (e.g., Breslau e Davis, 1991; Kessler et al., 2005; Maia et al., 2011; Pereira, Pedras, e Lopes, 2012).

As populações de veteranos apresentam, frequentemente, uma prevalência de PSPT mais elevada quando comparadas com as populações de civis, especialmente se tiveram sido expostas ao combate. Esta prevalência entre os ex-combatentes varia amplamente entre diferentes guerras, épocas e nacionalidade dos veteranos. Por exemplo, em estudos de grande escala realizados nos Estados Unidos da América, as taxas de prevalência para os indivíduos que preenchiam os critérios de PSPT variam entre 21,8% (Seal et al., 2009) e 37% (Gentes et al., 2014) para veteranos que serviram no Iraque e Afeganistão; entre 16,9% para indivíduos americanos (Koenen et al., 2003) e 20,9% para indivíduos australianos (O'Toole, Marshall, Schureck, e Dobson, 1998) destacados para a guerra do Vietname e para veteranos congolese foi de 49,5% (Schaal, Koebach, Hinkel, e Elbert, 2015). Em Portugal, diversas investigações analisaram o impacto da Guerra Colonial nos ex-combatentes portugueses, estimando-se que cerca de 140 mil veteranos apresentem perturbações psicológicas crónicas (e.g., PSPT) como consequência desta (Albuquerque, Fernandes, Saraiva, e Lopes, 1992). Numa amostra de 350 veteranos, Maia e colaboradores (2011) concluíram que a prevalência de diagnóstico de PSPT era de cerca de 39% entre os veteranos e ainda, que 56% tinha morbilidade psicológica. No mesmo sentido, Pereira e colegas (2010) verificaram que na sua amostra 39,5% dos 230 veteranos preenchiam os critérios de diagnóstico de PSPT. Mais recentemente, num estudo em que participaram 101 veteranos, Pereira e colaboradores (2012) concluíram que 45% dos ex-combatentes apresentavam PSPT.

Como verificado anteriormente, o ambiente biopsicossocial de um indivíduo, os recursos e as experiências de vida influenciam o caminho que o indivíduo irá seguir ao encontrar eventos traumáticos e a resistir, recuperar ou sofrer de PSPT. Mesmo considerando que esses fatores de risco se aplicam aos eventos traumáticos no geral, é possível restringir a atenção, especificamente às populações de veteranos, onde os preditores de PSPT – para além dos mencionados anteriormente – incluem a exposição ao combate e a sua severidade, o tipo de combate ou outra experiência de guerra, testemunhar a morte ou ferimentos graves de camaradas, o ambiente de regresso a casa e/ou falta de suporte social (Boscarino, 2006; Ferrajão e Oliveira, 2015a, 2016b; King, King, Fairbank, Keane, e Adams, 1998; Koenen et al., 2003; Koren, Norman, Cohen, Berman, e Klein, 2005; Maia et al., 2011; O'Toole et al., 1998; Schaal et al., 2015; Solkoff et al., 1986). De facto, num estudo que examinou os fatores de risco para desenvolvimento da PSPT nos veteranos da Guerra do Vietname, os resultados revelaram que a elevada exposição ao combate, a receção negativa ou ambiente hostil ao

retornar a casa, uma sintomatologia depressiva mais elevada e sentimentos de raiva, prediziam tanto o desenvolvimento como a manutenção da PSPT (Koenen et al., 2003). Do mesmo modo, Schnurr e colegas (2004) verificaram que os ex-combatentes que tinham níveis mais elevados de perceção de apoio emocional, assistência instrumental (i.e., família ou amigos de quem podiam obter ajuda prática ou financeira) e apoio estrutural (e.g., acesso a recursos sociais e económicos tangíveis) tinham menos probabilidade de desenvolver PSPT. Efetivamente, o suporte social e as estratégias eficazes de *coping* podem melhorar o funcionamento do indivíduo, reduzindo o envolvimento em comportamentos de alto risco ou o uso de estratégias de *coping* maladaptativas, promovendo a autoeficácia e reduzindo a solidão (King et al., 2006; King et al., 1998; Pais-Ribeiro e Santos, 2001; Snir et al., 2016). Ferrajão e Oliveira (2016a) numa amostra de ex-combatentes da Guerra Colonial estudaram os fatores aos quais estes atribuíam a sua recuperação de PSPT. Os participantes que recuperavam apresentavam maior consciência dos seus próprios estados mentais e dos estados mentais dos outros, um repertório mais amplo de estratégias de *coping* e maior perceção de apoio social. Segundo os autores a recuperação pode estar relacionada com a assimilação dos danos morais através do desenvolvimento de capacidades de mentalização mais amplas. Numa outra investigação, Ferrajão e Oliveira (2015b) salientam que a recuperação se relacionou com frequências mais elevadas ao tratamento, acompanhadas com estilos de *coping* focado no problema e a perceção de controlo, capacidade de integração de experiências incongruentes nos seus esquemas pessoais e avaliação de um bom apoio social, referindo ainda que, as estratégias de *coping* utilizadas pelos ex-combatentes, quer para lidar com os sintomas pós-traumáticos, quer com os acontecimentos de *stress* do dia-a-dia influenciam, também, a sua avaliação do apoio social recebido.

Com efeito, a avaliação cognitiva, o apoio social, os estilos de *coping* e as estratégias de regulação emocional intervêm, a longo prazo, no ajuste psicológico dos veteranos de guerra (Ferrajão e Oliveira, 2015b; McCuaig-Edge e Ivey, 2012; Schnurr et al., 2004).

### *Perturbação de Stress Traumático Secundário*

Ao longo dos anos, e à medida que os estudos no âmbito do *stress* traumático se desenvolviam, tornou-se cada vez mais evidente que os efeitos do acontecimento traumático não ficam apenas restringidos à vítima direta, estendendo-se para além desta. Por exemplo, investigações onde se observou o efeito da PSPT nas relações conjugais e no funcionamento familiar dos veteranos de guerra, os resultados sugeriram que existe um aumento do *stress*, maior disfunção conjugal e maiores dificuldades com a parentalidade nas famílias com

veteranos quando comparados com famílias onde esta patologia não está presente (e.g., Jordan et al., 1992; Riggs, Byrne, Weathers, e Litz, 1998). De facto, Riggs e colegas (1998) num estudo onde exploraram a associação entre sintomas da PSPT (i.e., reviver as situações, evitamento, embotamento emocional e hipervigilância fisiológica) e a qualidade conjugal, entre 50 veteranos e os seus cônjuges, os resultados demonstraram que os sintomas de evitamento e o embotamento emocional tinham mais influência na qualidade da relação do que os outros sintomas. Contudo, as diferentes consequências não estão limitadas apenas ao meio familiar podendo afetar, igualmente, indivíduos que ajudam ou assistem as vítimas no local (e.g., técnicos de emergência, forças de segurança, bombeiros) e também indivíduos a quem as vítimas recorrem para partilhar as suas experiências ou obter apoio para lidar com as emoções resultantes do evento traumático (e.g., terapeutas) (Figley, 1995; Luftman et al., 2016; McCann e Pearlman, 1990).

Assim, como já mencionado, as consequências dos eventos traumáticos não estão apenas limitadas a quem experiencia o acontecimento de forma direta (i.e., vítima primária) podendo ter implicações a longo prazo e afetando, não raras vezes, outros significativos tais como a família, amigos e cuidadores que convivem e mantêm contacto próximo com o indivíduo, podendo estes vir a desenvolver sintomas desagradáveis e graves idênticos aos da PSPT (Dekel, Goldblatt, Keidar, Solomon, e Polliack, 2005; Dekel, Levin, e Solomon, 2015; Figley, 1995; McCann e Pearlman, 1990).

Diferentes termos têm vindo a ser utilizados para descrever estas repercussões secundárias, nomeadamente, *traumatização secundária* (Rosenheck e Nathan, 1985), *fadiga de compaixão*, *vitimização secundária e stress traumático secundário* (Figley, 1983, 1995, 2002), *co-vitimização* (Hartsough e Myers, 1985), *contratransferência traumática* (Herman, 1992), *traumatização vicariante* (McCann e Pearlman, 1990) e *sobrevivente secundário* (Remer e Ferguson, 1995).

Figley (1995) definiu *Stress Traumático Secundário* (STS) como comportamentos e emoções resultantes do conhecimento acerca de eventos traumáticos experienciados por outro significativo, sendo uma forma de *stress* que se desenvolve como consequência da ajuda e de se estar emocionalmente ligado ao indivíduo traumatizado ou em sofrimento. A acumulação de STS pode levar à exaustão e esgotamento emocional e, quando esta situação ocorre, representa a *Perturbação de Stress Traumático Secundário* (PSTS), que foi resumida por Figley (1995) como o “custo de cuidar demasiado”.

Os sintomas da PSPT e da PSTS são idênticos, diferindo essencialmente apenas no seu surgimento (i.e., no caso da primeira, os sintomas têm origem na vivência de um trauma,

enquanto que no caso da segunda, estes surgem após a exposição e conhecimento da situação vivida por um outro significativo) (Bride e Figley, 2009; Figley, 1995). Estes sintomas incluem, assim, uma variedade de manifestações tipicamente experienciadas por indivíduos expostos diretamente ao acontecimento traumático e que envolve dores crónicas (e.g., dores de cabeça e dores nas costas), dificuldades respiratórias, dificuldades em dormir, pensamentos/imagens intrusivas, sensação de vulnerabilidade aumentada, dificuldade em confiar nos outros, embotamento emocional, mas também queixas relativas a sintomatologia depressiva e ansiosa (Ben Arzi, Solomon, e Dekel, 2000; Dekel e Monson, 2010; Dirkzwager, Bramsen, Adèr, e van der Ploeg, 2005; Figley, 1995; Holliday, Haas, Shih, e Troxel, 2016; Klarić, Kvesić, Mandić, Petrov, e Frančišković, 2013; Koic et al., 2002).

A PSPT em veteranos de guerra representa um risco para o desenvolvimento de sérios problemas no relacionamento familiar. Quando retornam a casa o processo de adaptação à vida civil pode, não raras vezes, ser complicado acarretando diversas dificuldades para o relacionamento familiar e social, tanto pela presença de PSPT, como por outras perturbações associadas ou ambas. As relações familiares caracterizam-se pela instabilidade conjugal, pela menor coesão, menor expressividade, incluem mais conflitos e violência do que em relações de veteranos de guerra sem PSPT e comportam taxas mais elevadas de divórcio (Dekel et al., 2005; Dekel e Monson, 2010; Jordan et al., 1992; Maloney, 1988; Riggs et al., 1998; Solomon, 1998; Solomon et al., 1992; Tsai, Harpaz-Rotem, Pietrzak, e Southwick, 2012).

Segundo Figley (1995), o desenvolvimento de PSTS nos cônjuges, resulta da necessidade de estes darem sentido à experiência traumática do parceiro e das suas consequências, e as reações podem fazer com que o cônjuge afetado de forma secundária se torne excessivamente responsável pelo outro, podendo resultar em superproteção e isolamento. As esposas passam a assumir, frequentemente, a maioria das responsabilidades quer sejam financeiras, práticas ou emocionais, com o intuito de preservar o clima emocional na família, ao que Solomon (1998) descreveu como uma redistribuição de papéis familiares e do trabalho.

Vários estudos têm demonstrado que as esposas de ex-combatentes com PSPT experienciam dificuldades emocionais consideráveis, como depressão, ansiedade, sentimentos de ter que suportar um fardo pesado e baixa autoestima e que têm estilos de vinculação ansiosa ou evitante (e.g., Ben Arzi et al., 2000; Jordan et al., 1992; Klarić et al., 2013; Mikulincer e Shaver, 2003; Pereira e Ferreira, 2006; Shaver, Schachner, e Mikulincer, 2005; Solomon et al., 1992; Yambo et al., 2016). E uma frequência mais elevada de sintomas de PSTS tem, também, sido encontrada em amostras de esposas de veteranos do Vietname (Campbell e Renshaw, 2012; Galovski e Lyons, 2004), de Israel (Ben Arzi et al., 2000; Dekel et al., 2005), da Croácia

(Francisković et al., 2007; Koic et al., 2002), entre esposas de veteranos norte-americanos que estiveram destacados no Iraque e Afeganistão (Nelson Goff, Crow, Reisbig, e Hamilton, 2009) e entre esposas de soldados da paz alemães (Dirkzwager et al., 2005). Por exemplo, Dirkzwager e colegas (2005) exploraram a traumatização secundária de esposas de veteranos alemães envolvidos em missões de manutenção da paz. Os resultados demonstraram que as esposas dos veteranos com PSPT apresentavam significativamente maiores problemas de sono e queixas somáticas e que relataram mais frequentemente ter um apoio social mais pobre, assim como relações conjugais mais pobres, quando comparadas com esposas de veteranos sem PSPT. Solomon e colegas (1992) referem ainda que, para além da elevada sintomatologia psicopatológica associada, estas mulheres tendem, também, a exibir disfunção social numa ampla gama de contextos, desde sentimentos de solidão devido às relações familiares e conjugais comprometidas até à insatisfação com a rede social mais alargada.

Em Portugal, Pereira e Ferreira (2006) avaliaram a presença de PSTS em cônjuges de ex-combatentes portugueses da Guerra Colonial, tendo concluído que 78% das esposas apresentavam PSTS e que a presença desta perturbação está associada a uma maior sintomatologia e a uma menor satisfação e ajustamento conjugal, mas que esta não tem influência nas variáveis familiares e sociais.

Com as diferentes investigações ao longo dos últimos anos, tornou-se claro que a PSTS é um resultado potencial quando existe uma convivência próxima com um indivíduo que tenha sido exposto a um acontecimento traumático, tendo um impacto negativo no funcionamento social, familiar e ocupacional dos indivíduos. Dada a natureza destes relacionamentos, é essencial que, para a recuperação familiar, os cônjuges aprendam novas maneiras de pensar, desenvolvam estratégias de *coping* eficazes e novos padrões de interação. De facto, fatores como o apoio social em torno do casal, os estilos de *coping* do cônjuge e/ou da família podem ser importantes para diminuir o risco de desenvolvimento de PSTS.

### *Objetivos*

O objetivo principal do presente estudo é investigar e avaliar o nível de transmissão da PSPT de ex-combatentes da Guerra Colonial para as suas esposas e explorar efeitos sintomatológicos da traumatização secundária nestas. O estudo pretende, ainda, explorar o tipo de vinculação e as estratégias de *coping* utilizadas pelas esposas/companheiras dos veteranos de guerra, e compreender de que forma estas variáveis podem estar relacionadas com a perturbação em causa (i.e., PSTS). Esta investigação surge devido à escassez de estudos realizados em Portugal com famílias de ex-combatentes e o impacto que a PSPT pode ter na família e, especificamente

o desenvolvimento de PSTS nas esposas. Além do mais, não existe, no nosso conhecimento, nenhum estudo em Portugal que avalie os estilos de vinculação nas esposas de ex-combatentes com PSPT, pelo que a realização deste estudo se torna uma mais-valia.

## Material e Métodos

### *Participantes*

A amostra do presente estudo é uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 39 indivíduos do género feminino que integram o grupo clínico e por 30 participantes do género feminino que constituem o grupo de comparação, perfazendo um total de 69 participantes.

A faixa etária para o grupo clínico variou entre os 58 e os 79 anos ( $M = 68,36$ ;  $DP = 4,60$ ) e para o grupo de comparação variou entre os 59 e 81 anos ( $M = 70,13$ ;  $DP = 6,04$ ). Para o total da amostra ( $N = 69$ ) a média de idades foi de 69,13 ( $DP = 5,31$ ), como se pode verificar na Tabela 1.

Tabela 1  
*Médias e desvio padrão para a idade dos participantes*

		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>
Idade	GCC	68,36	4,60	39
	GCP	70,13	6,04	30
	Total	69,13	5,31	69

*Nota:* GCC = Grupo clínico; GCP = Grupo de comparação

A Tabela 2 apresenta a caracterização sociodemográfica das participantes e demonstra que o agregado familiar para o total da amostra é composto na sua maioria por duas pessoas (68,1%), que a maioria dos casais têm entre dois e três filhos (65,2%) e que as participantes do grupo clínico residem, essencialmente, na região de Coimbra (71,8%) e as do grupo de comparação, na região de Aveiro (66,7%). No que concerne ao grau de escolaridade, a maioria das participantes ( $n = 43$ ; 62,3%) possui o 4º ano. Em termos profissionais, tanto o grupo clínico (46,2%) como o de comparação (46,7%) indicam, na globalidade, ser trabalhadores não qualificados, não se encontrando a trabalhar (76,8%) e que subsistem, maioritariamente, com a reforma de ambos os elementos do casal (58%).

Tabela 2  
*Caracterização sociodemográfica dos participantes*

		GCC	GCP	GCC+GCP
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Agregado familiar	Duas pessoas	28 (71,8)	19 (63,3)	47 (68,1)
	Três ou mais pessoas	11 (28,2)	11 (36,7)	22 (31,9)
Nº de filhos do casal	Nenhum	1 (2,6)	1 (3,3)	2 (2,9)
	1	8 (20,5)	3 (10,0)	11 (15,9)
	2	20 (51,3)	12 (40,0)	32 (46,4)
	3	7 (17,9)	6 (20,0)	13 (18,8)
	4	2 (5,1)	5 (16,7)	7 (10,1)
	5 ou mais	1 (2,6)	3 (10,0)	4 (5,8)
Residência	Aveiro	3 (7,7)	20 (66,7)	23 (33,3)
	Coimbra	28 (71,8)	6 (20,0)	34 (49,3)
	Guarda	1 (2,6)	0 (0,0)	1 (1,4)
	Guimarães	0 (0,0)	1 (3,3)	1 (3,3)
	Leiria	3 (7,7)	0 (0,0)	3 (4,3)
	Lisboa	0 (0,0)	1 (3,3)	1 (1,4)
	Santarém	1 (2,6)	0 (0,0)	1 (1,4)
	Viseu	3 (7,7)	2 (6,7)	5 (7,2)
Grau de escolaridade	Analfabeto (Não sabe ler nem escrever)	1 (2,6)	2 (6,7)	3 (4,3)
	2º e 3º anos	6 (15,4)	6 (20,0)	12 (17,3)
	4º ano	24 (61,5)	19 (63,3)	43 (62,3)
	6º e 9º anos	8 (20,5)	3 (10,0)	11 (15,9)
Situação perante o emprego	Empregado	5 (12,8)	11 (36,7)	16 (23,2)
	Não empregado	34 (87,2)	19 (63,3)	53 (76,8)
Profissão	Pessoal administrativo	3 (7,7)	1 (3,3)	4 (5,8)
	Trabalhadores serviços	4 (10,3)	1 (3,3)	5 (7,2)
	Agricultores, pesca e floresta	6 (15,4)	10 (33,3)	16 (23,2)
	Trabalhadores da indústria e construção	8 (20,5)	4 (13,3)	12 (17,4)
	Trabalhadores não qualificados	18 (46,2)	14 (46,7)	32 (46,4)
Meio de subsistência	Reforma cônjuge	13 (33,3)	4 (13,3)	17 (24,6)
	Reforma casal	22 (56,4)	18 (60,0)	40 (58,0)
	Poupanças	0 (0,0)	1 (3,3)	1 (1,4)
	Salário	1 (2,6)	2 (6,7)	3 (4,3)
	Reformas + outros rendimentos	1 (2,6)	2 (6,7)	3 (4,3)
	Reforma + salário	2 (5,1)	3 (10,0)	5 (7,2)

*Nota:* GCC = Grupo clínico; GCP = Grupo de comparação; GCC+GCP = total da amostra

### *Procedimento*

O presente estudo iniciou-se com os pedidos de autorização aos autores portugueses para utilização dos instrumentos integrantes do protocolo a aplicar. Foram ainda solicitadas autorizações ao Centro de Saúde Militar de Coimbra e ao Núcleo da Liga dos Combatentes de Coimbra para acesso aos ficheiros. Todas as autorizações foram favoráveis.

Os participantes do grupo clínico foram recrutados após a análise dos ficheiros de ex-combatentes de guerra do Centro de Saúde Militar de Coimbra e do Núcleo da Liga dos Combatentes de Coimbra para obter a confirmação da presença do diagnóstico de PSPT, tendo-se posteriormente contactado as esposas e selecionado as que preenchiam os seguintes critérios



de inclusão: mulheres ou companheiras de ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa, com diagnóstico de PSPT. Os participantes do grupo de comparação foram obtidos a partir da recolha de dados que atestassem todos os critérios de inclusão, sendo eles: esposas ou companheiras de cidadãos civis sem diagnóstico de PSPT e com características sociodemográficas idênticas às das participantes do grupo clínico. O diagnóstico de PSPT nas participantes do grupo clínico foi feito através da SCID-I. Na secção da *Lista de Acontecimentos Traumáticos* (F.39), era perguntado à participante, adicionalmente às outras questões iniciais, se a perturbação do marido (i.e., PSPT) era percebida pela própria como um acontecimento traumático e se lhe causava mal-estar significativo no funcionamento normal do seu dia-a-dia. Sempre que a participante respondesse afirmativamente a esta questão, a PSPT dos maridos era critério de inclusão para prosseguir com a entrevista semiestruturada (i.e., SCID-I), onde posteriormente se chegava ou não ao diagnóstico de PSPT, neste caso particular a PSTS. Foi ainda realizada uma entrevista clínica para avaliar a presença ou ausência de Perturbação do Sono-Vigília (PSV), de Perturbação da Alimentação e da Ingestão e de Perturbações Ansiedade, especificamente a presença ou ausência de fobias, através dos critérios de diagnóstico do DSM-5 (APA, 2014), contudo é apenas apresentada nesta investigação a PSV, uma vez que as restantes não se mostraram relevantes para o presente estudo.

O protocolo de instrumentos foi administrado presencial e individualmente e decorreu em três contextos diferentes, especificamente, no Centro de Saúde Militar de Coimbra, no Núcleo da Liga dos Combatentes de Coimbra ou na residência da participante e teve uma duração de aproximadamente 120 minutos. Todas as participantes preencheram uma declaração de consentimento informado e foram informadas acerca do objetivo do estudo, tendo sido de igual modo salvaguardado o carácter voluntário da participação, a possibilidade de desistir a qualquer momento sem prejuízo para a própria, o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos.

### *Instrumentos*

O protocolo de instrumentos da presente investigação é constituído por cinco questionários, aplicados pela ordem na qual são descritos: questionário sociodemográfico e clínico, a *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (First, Spitzer, Gibbon, e Williams, 1996; Versão portuguesa: Maia, 2005), o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis e Melisaratos, 1983; Versão portuguesa: Canavarro, 1999), a Escala de Vinculação do Adulto

(EVA; Collins e Read, 1990; Versão portuguesa: Canavarro, 1997) e o Brief Cope (Carver, 1997; Versão portuguesa: Pais-Ribeiro e Rodrigues, 2004).

#### *Questionário sociodemográfico e clínico*

O questionário sociodemográfico visou recolher informações acerca da idade, estado civil, habilitações literárias, naturalidade, residência, número de filhos, agregado familiar, condição de emprego e meio de subsistência atual das participantes. Para além destas informações, foi ainda recolhida informação acerca da história educacional, familiar, clínica, atual e social das participantes de ambos os grupos. Exclusivamente para o grupo clínico foi estruturado um outro questionário com o intuito de recolher dados acerca da história clínica dos companheiros/maridos (ex-combatentes com diagnóstico de PSPT) das participantes.

#### *Structured Clinical Interview for DSM-IV*

Para o diagnóstico da Perturbação de Stress Pós-Traumático, nas participantes de ambos os grupos, foi selecionada a componente da *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-I; First et al., 1996; Versão portuguesa: Maia, 2005) que se destina a avaliar esta perturbação. A SCID-I é uma entrevista semiestruturada que permite fazer diagnósticos, segundo os critérios do DSM-IV, das perturbações do eixo I. É administrada pelo clínico e em cada secção consta o critério de diagnóstico definido pelo DSM-IV no qual deverá ser avaliado se a informação é inadequada (“?”), se está ausente (ou subclínica) (“-”) ou se está presente (“+”).

#### *Inventário de Sintomas Psicopatológicos*

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis e Melisaratos, 1983; Versão portuguesa: Canavarro, 1999) é um inventário de autorresposta, composto por 53 itens, onde o indivíduo classifica o grau em que cada sintoma o afetou durante a última semana, numa escala tipo Likert que varia de 0 (“Nunca”) a 4 (“Muitíssimas vezes”). Este inventário avalia sintomas psicopatológicos em nove dimensões de sintomatologia (*somatização; depressão; hostilidade; ansiedade; ansiedade fóbica; psicoticismo; ideação paranoide; obsessões-compulsões e sensibilidade interpessoal*) e três Índices Globais (*Índice Geral de Sintomas – IGS; Índice de Sintomas Positivos – ISP e Total de Sintomas Positivos – TSP*), representando avaliações sumárias de perturbação emocional. O BSI apresenta níveis de consistência interna (alfa de Cronbach) que variam desde 0,70 a 0,80, com exceção das dimensões Ansiedade fóbica e Psicoticismo, com valores de consistência interna de 0,60. Neste estudo, os valores da

consistência interna variam entre 0,60 e 0,81, com exceção das dimensões de Sensibilidade interpessoal e Ansiedade fóbica, com valores de alfa de Cronbach de 0,56 e 0,57, respetivamente.

#### *Escala de Vinculação do Adulto*

A Escala de Vinculação do Adulto (EVA; Collins e Read, 1990; Versão portuguesa: Canavarro, 1997), é um questionário de autorresposta composto por 18 itens que permite avaliar o tipo de vinculação que o indivíduo adulto estabelece com os outros parceiros. Para quantificar o tipo de vinculação predominante é utilizada uma escala tipo Likert que oscila entre o 1 (“Nada característico em mim”) e 5 (“Extremamente característico em mim”). Esta escala é composta por três dimensões, especificamente *Conforto com Proximidade* (i.e., avalia o modo como o indivíduo se sente confortável no estabelecimento de relações de proximidade e intimidade); *Confiança nos outros* (i.e., avalia o modo como os indivíduos sentem que podem depender dos outros em situações em que esta dependência é percebida como necessária); *Ansiedade* (i.e., avalia o grau em que o indivíduo se sente preocupado com a possibilidade de ser abandonado ou rejeitado). Adicionalmente, e a partir dos valores obtidos nas dimensões supramencionadas, é ainda possível distribuir os sujeitos por protótipos de vinculação do seguinte modo (Canavarro, Dias, e Lima, 2006): os indivíduos que apresentam valores superiores ao valor médio da escala (i.e., 3) na dimensão *Conforto-Confiança* e valores inferiores ao valor médio na dimensão *Ansiedade* são classificados como **Seguros** (caracteriza-se pela autonomia e valorização das relações íntimas); os que apresentam valores superiores a 3 na variável *Conforto-Confiança* e superiores a 3 na variável *Ansiedade* são classificados como **Preocupados** (caracteriza-se por uma procura exacerbada de atenção e aprovação por parte dos outros e por um hiper-envolvimento nas relações íntimas) e os que apresentam valores inferiores a 3 na dimensão *Conforto-Confiança* e inferiores a 3 na dimensão *Ansiedade* são classificados como **Desligados** (caracteriza-se pela desvalorização da importância das relações íntimas e pela ênfase na independência face à relação). Existe uma outra categoria que integra os casos que não se podem classificar nestas três categorias designada **Não classificáveis**. O valor da consistência interna da versão portuguesa e para as 18 perguntas foi de 0,81. Na presente investigação, o valor da consistência interna para o total das perguntas foi de 0,58.

#### *Brief Cope*

O Brief Cope (Carver, 1997; Versão portuguesa: Pais-Ribeiro e Rodrigues, 2004) é um instrumento de autorresposta que se destina a avaliar a frequência com que o indivíduo recorre

a determinadas estratégias para lidar com situações negativas e geradoras de *stress*, respondida numa escala tipo Likert que varia entre 0 (“nunca faço isto”) a 3 (“faço sempre isto”). É composta por 28 itens, que integram 14 subescalas sendo estas compostas por dois itens cada uma, especificamente, o *coping ativo* (itens 2 e 7), o *planear* (itens 14 e 25), o *uso de suporte instrumental* (itens 10 e 23), o *uso de suporte social emocional* (itens 5 e 15), a *religião* (itens 22 e 27), a *reinterpretação positiva* (itens 12 e 17), a *autoculpabilização* (itens 13 e 26), a *aceitação* (itens 20 e 24), a *expressão de sentimentos* (itens 9 e 21), a *negação* (itens 3 e 8), a *autodistração* (itens 1 e 19), o *desinvestimento comportamental* (itens 6 e 16), o *uso de substâncias* (itens 4 e 11) e o *humor* (itens 18 e 28). O resultado final é apresentado como um perfil e as subescalas não são somadas, nem há uma nota total. Dentro de cada subescala os itens são somados, sendo 0 o mínimo possível de obter e 6 o máximo, onde os resultados obtidos permitem perceber quais as estratégias que os sujeitos utilizam com maior e menor frequência (i.e., quanto maior for a nota obtida, maior é o uso de determinada estratégia de *coping*). A adaptação desta escala para a população portuguesa demonstrou que a escala Aceitação obteve valor de consistência interna de 0,55, tendo as restantes escalas valores de consistência interna que variam entre 0,60 e 0,84. No presente estudo, os valores de consistência interna variam entre 0,60 e 0,85, com exceção das escalas Planear (alfa de Cronbach = 0,45); Autoculpabilização (alfa de Cronbach = 0,18); Aceitação (alfa de Cronbach = 0,42); Autodistração (alfa de Cronbach = 0,53); Desinvestimento comportamental (alfa de Cronbach = 0,46) e Uso de substâncias (alfa de Cronbach = 0,46).

### *Análise estatística*

Para a realização da análise estatística e tratamento dos dados recorreu-se ao programa estatístico de análise de dados IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0 para *Windows*.

Para a descrição da amostra procedeu-se ao cálculo de estatísticas descritivas como a análise de frequências, médias e desvios-padrão. Recorreu-se ainda ao teste *T* de Student para amostras independentes de modo a comparar os grupos clínico e de comparação. Para analisar as correlações entre as variáveis dos instrumentos adotados, utilizou-se o coeficiente de correlação *r* de Pearson. Para a interpretação do tamanho das associações utilizou-se a tipologia de Pestana e Gageiro (2008) para as correlações: de 0,20 a 0,39 considera-se uma correlação baixa; de 0,40 a 0,69 considera-se uma correlação moderada e entre 0,70 e 0,89 uma correlação alta. Em todas as análises realizadas utilizou-se um intervalo de confiança de 95%.

## Resultados

Como referido anteriormente, a identificação de PSPT, no grupo clínico, foi realizada a partir do questionamento à participante se a perturbação do marido (PSPT) era percebida pela própria como um acontecimento traumático e se tal lhe causava mal-estar significativo no funcionamento normal do seu dia-a-dia. Para o grupo de comparação foi pedido à participante para mencionar, caso existissem, um ou mais eventos traumáticos ao longo da sua vida.

A análise e comparação entre o grupo clínico e grupo de comparação acerca da ausência ou presença de PSPT, como se pode observar na Tabela 3, revelou que em relação há presença de PSPT, 32 (82,1%) mulheres do grupo clínico e 9 (30,0%) do grupo de comparação apresentam esta perturbação. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre a presença e ausência de PSPT entre os dois grupos ( $\chi^2 = 19,05$ ;  $p < 0,001$ ).

Tabela 3

*Análise entre grupo clínico e grupo de comparação sobre ausência ou presença de PSPT*

	GCC	GCP	Total	$\chi^2$	$p$
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>		
PSPT – Ausente (ou subclínica)	7 (17,9)	21 (70,0)	28 (40,6)	19,05	0,001
PSPT – Presente	32 (82,1)	9 (30,0)	41 (59,4)		
Total	39 (56,5)	30 (43,5)	69 (100)		

*Nota:* GCC = Grupo clínico; GCP = Grupo de comparação

Relativamente às Perturbações do Sono-Vigília (segundo os critérios do DSM-5 para Perturbação de Insónia e Perturbação de Hipersonolência) e respetiva comparação entre os grupos em estudo (Tabela 4), verificamos que a maioria do grupo clínico ( $n = 34$ ; 87,2%) revela ter insónias e que no grupo de comparação metade ( $n = 15$ ; 50%) das mulheres inquiridas revela, igualmente, presença de insónias. Assim, na sua globalidade 49 (71%) mulheres têm insónias, contrastando com 20 (29%) mulheres que não têm, verificando-se diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos ( $\chi^2 = 11,39$ ;  $p < 0,001$ ).

Em relação há presença de hipersónias, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as respostas, evidenciando-se tanto para o grupo clínico (100%), como para o grupo de comparação (96,7%) que as mulheres, na sua maioria, não padecem de hipersónias.

Tabela 4  
Análise de perturbações do sono-vigília entre grupo clínico e grupo de comparação

		GCC	GCP	Total	$\chi^2$	<i>p</i>
		<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		
Presença de insónias	Sim	34 (87,2)	15 (50,0)	49 (71,0)	11,39	0,001
	Não	5 (12,8)	15 (50,0)	20 (29,0)		
Presença de hipersónias	Sim	0 (0,0)	1 (3,3)	1 (1,4)	1,32	0,251
	Não	39 (100)	29 (96,7)	68 (98,6)		

Nota: GCC = Grupo clínico; GCP = Grupo de comparação

No que se refere à sintomatologia psicopatológica avaliada pelo BSI, verifica-se através da Tabela 5, que a presença de sintomas psicopatológicos é significativamente superior nas mulheres/companheiras de ex-combatentes ( $n = 37$ ; 94,9%) quando comparadas com as outras participantes ( $n = 22$ ; 73,3%). Em relação à ausência destes sintomas, apenas 2 (5,1%) participantes do grupo clínico e 8 (26,7%) das participantes do grupo de comparação se inserem nesta categoria. Assim, no total 10 (14,5%) participantes revelam não ter sintomas psicopatológicos, contrastando com 59 (85,5%) participantes que possuem sintomas psicopatológicos, tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos ( $\chi^2 = 6,348$ ;  $p < 0,012$ ).

Tabela 5  
Sintomas psicopatológicos entre grupo clínico e grupo de comparação

		GCC	GCP	Total	$\chi^2$	<i>p</i>
		<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		
Sintomas psicopatológicos (BSI)	sem sintomatologia	2 (5,1)	8 (26,7)	10 (14,5)	6,348	0,012
	com sintomatologia	37 (94,9)	22 (73,3)	59 (85,5)		

Nota: GCC = Grupo clínico; GCP = Grupo de comparação

A Tabela 6 demonstra como se distribuem as médias das pontuações de ambos os grupos em cada uma das dimensões avaliadas pelo BSI. Através da sua análise verifica-se que o grupo clínico tem pontuações médias mais elevadas em todas as dimensões quando comparado com o outro grupo. Não obstante, torna-se importante destacar os sintomas somáticos ( $M = 1,63$ ;  $DP = 0,80$ ) e obsessivos compulsivos ( $M = 1,78$ ;  $DP = 0,87$ ), a sensibilidade interpessoal ( $M = 1,08$ ;  $DP = 0,65$ ), os sintomas depressivos ( $M = 1,41$ ;  $DP = 0,80$ ) e a ideação paranoide ( $M = 1,53$ ;  $DP = 0,65$ ) enquanto sintomatologia que mais contribui para a perturbação emocional das mulheres/companheiras dos ex-combatentes.

Tabela 6

*Médias e desvios-padrão da sintomatologia psicopatológica entre grupo clínico e grupo de comparação*

	GCC		GCP		t(67)	p	$\eta^2$
	M	DP	M	DP			
Somatização	1,63	0,80	0,85	0,71	4,20	0,000	0,21
Obsessões-compulsões	1,78	0,87	0,99	0,85	3,76	0,000	0,17
Sensibilidade Interpessoal	1,08	0,65	0,61	0,65	2,97	0,004	0,12
Depressão	1,41	0,80	0,66	0,70	4,06	0,000	0,20
Ansiedade	1,24	0,74	0,73	0,62	2,97	0,004	0,12
Hostilidade	0,82	0,57	0,52	0,47	2,30	0,024	0,07
Ansiedade Fóbica	0,58	0,60	0,25	0,40	2,68	0,010	0,10
Ideação Paranoide	1,53	0,65	0,77	0,74	4,52	0,000	0,23
Psicoticismo	0,68	0,64	0,39	0,56	1,97	0,053	0,05

Nota: GCC = Grupo clínico; GCP = Grupo de comparação

Como se pode verificar, na Tabela 7, as esposas/companheiras dos ex-combatentes (GCC) distinguem-se das outras esposas na dimensão da negação ( $M = 2,62$ ;  $DP = 2,05$ ) e na menor expressão de sentimentos ( $M = 1,85$ ;  $DP = 1,53$ ), isto é, têm maior tendência para rejeitar a realidade do acontecimento *stressante* e uma menor capacidade para exprimir ou descarregar o *stress* emocional e pessoal. Para além deste aspeto, revelam utilizar menos suporte social emocional ( $M = 2,41$ ;  $DP = 1,80$ ) e revelam menor aceitação ( $M = 4,21$ ;  $DP = 1,51$ ) quando comparadas com as esposas do grupo de comparação com médias de 3,53 ( $DP = 2,11$ ) e 5,1 ( $DP = 1,45$ ), respetivamente.

Na sua globalidade, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos, com exceção da utilização de suporte social emocional ( $t_{(67)} = -2,38$ ;  $p < 0,020$ ), da aceitação ( $t_{(67)} = -2,49$ ;  $p < 0,015$ ), da expressão de sentimentos ( $t_{(67)} = -2,21$ ;  $p < 0,030$ ) e da negação ( $t_{(67)} = 2,05$ ;  $p < 0,044$ ), apresentando então, estas dimensões, diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Tabela 7

*Médias e desvios-padrão do coping resiliente entre grupo clínico e grupo de comparação*

	GCC		GCP		t(67)	p	$\eta^2$
	M	DP	M	DP			
Coping ativo	4,18	1,65	4,83	1,58	-1,66	0,101	0,04
Planear	4,13	1,59	4,80	1,56	-1,75	0,084	0,04
Uso de suporte instrumental	1,67	1,46	2,27	1,76	-1,55	0,126	0,03
Uso de suporte social emocional	2,41	1,80	3,53	2,11	-2,38	0,020	0,08
Religião	4,92	1,55	5,10	1,58	-0,47	0,642	0,003
Reinterpretação positiva	3,64	1,90	4,10	1,65	-1,05	0,296	0,02
Autoculpabilização	1,97	1,48	1,70	1,42	0,78	0,439	0,01
Aceitação	4,21	1,51	5,10	1,45	-2,49	0,015	0,08

Expressão de sentimentos	1,85	1,53	2,77	1,92	-2,21	0,030	0,07
Negação	2,62	2,05	1,77	1,10	2,05	0,044	0,06
Autodistração	3,44	1,65	3,27	2,16	0,37	0,714	0,002
Desinvestimento comportamental	1,59	1,80	1,23	1,38	0,90	0,372	0,01
Uso de substâncias (medicamentos/álcool)	0,00	0,00	0,07	0,25	-1,65	0,105	0,04
Humor	3,10	1,94	3,20	1,71	-0,22	0,829	0,001

Nota: GCC = Grupo clínico; GCP = Grupo de comparação

Através da análise da Tabela 8, observa-se que o grupo clínico revela ter menos conforto com a proximidade ( $M = 3,62$ ;  $DP = 0,59$ ) do que o grupo de comparação ( $M = 4,28$ ;  $DP = 0,77$ ). Já em relação à confiança, o grupo clínico apresenta uma confiança mais elevada ( $M = 3,02$ ;  $DP = 0,78$ ), quando comparado com o grupo de comparação ( $M = 2,47$ ;  $DP = 0,85$ ). Verificam-se diferenças estatisticamente significativas, no que respeita ao conforto ( $t_{(67)} = -4,02$ ;  $p < 0,000$ ) e à confiança ( $t_{(67)} = 2,77$ ;  $p < 0,007$ ), entre os dois grupos.

No que concerne à ansiedade, verificamos que o grupo clínico apresenta mais vinculação ansiosa ( $M = 1,99$ ;  $DP = 0,83$ ) quando comparado com o grupo de comparação ( $M = 1,66$ ;  $DP = 0,67$ ), contudo não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ( $t_{(67)} = 1,83$ ;  $p < 0,072$ ).

Tabela 8

Médias e desvios-padrão da vinculação entre grupo clínico e grupo de comparação

EVA	GCC		GCP		$t_{(67)}$	$p$	Total	
	$M$	$DP$	$M$	$DP$			$M$	$DP$
<b>Conforto</b>	3,62	0,59	4,28	0,77	-4,02	0,000	3,91	0,74
<b>Confiança</b>	3,02	0,78	2,47	0,85	2,77	0,007	2,78	0,85
<b>Ansiedade</b>	1,99	0,83	1,66	0,67	1,83	0,072	1,85	0,78

Nota: GCC = Grupo clínico; GCP = Grupo de comparação

A Tabela 9 apresenta os estilos de vinculação para cada um dos grupos. Conforme se pode verificar, as participantes, na sua maioria, caracterizam a sua vinculação como segura, especificamente 53,8% do grupo clínico e 80,0% do grupo de comparação. O estilo preocupado comporta apenas esposas de ex-combatentes (GCC;  $n = 6$ ; 15,4%) e o estilo desligado é maioritariamente constituído por participantes do grupo clínico ( $n = 9$ ; 23,1%). Observa-se ainda que 3 (7,7%) participantes do grupo clínico e 2 (6,7%) participantes do grupo de comparação, se inserem na categoria “não classificáveis”, visto não atingirem os critérios propostos pelos autores.



Tabela 9

*Análise dos estilos de vinculação entre grupo clínico e grupo de comparação*

		GCC	GCP
		<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Estilos de vinculação	Seguro	21 (53,8)	24 (80,0)
	Preocupado	6 (15,4)	0 (0,0)
	Desligado	9 (23,1)	4 (13,3)
	Não classificáveis	3 (7,7)	2 (6,7)

Nota: GCC = Grupo clínico; GCP = Grupo de comparação

Foi, ainda, estudada a associação das dimensões que compõem o BSI com a vinculação avaliada pela EVA. Como se pode verificar pela Tabela 10, o coeficiente de correlação entre a vinculação ansiosa e as dimensões de sensibilidade interpessoal, sintomatologia depressiva, ideação paranoide e psicoticismo, no grupo clínico, revela valores de correlação baixos a moderados, positivos e estatisticamente significativos que variam de  $r = 0,35$  a  $r = 0,48$ . No grupo de comparação verificam-se associações positivas e estatisticamente significativas entre a vinculação ansiosa e as dimensões de somatização, obsessões/compulsões, sensibilidade interpessoal, sintomatologia depressiva, ansiedade fóbica e ideação paranoide com valores de  $r$  ligeiramente mais elevados que o grupo clínico, mas ainda baixos a moderados que variam entre 0,37 e 0,67. No mesmo sentido e para ambos os grupos verificam-se correlações positivas e estatisticamente significativas tanto para o Índice Geral de Sintomas, como para o Total de Sintomas Positivos. A associação entre o conforto com a proximidade e o BSI, no grupo clínico, revelou uma correlação baixa, negativa e estatisticamente significativa apenas com o Total de Sintomas Positivos ( $r = -0,32$ ).

Tabela 10

*Correlações entre a vinculação do adulto e o BSI e comparação entre grupo clínico e grupo de comparação*

	Ansiedade		Conforto com a proximidade		Confiança nos outros	
	GCC	GCP	GCC	GCP	GCC	GCP
Somatização	0,29	0,49**	0,21	-0,04	-0,17	-0,10
Obsessões-compulsões	0,16	0,51**	0,12	-0,13	-0,31	-0,08
Sensibilidade interpessoal	0,43**	0,47**	-0,19	-0,27	0,49**	-0,005
Depressão	0,36*	0,48**	0,08	-0,20	0,19	0,08
Ansiedade	0,25	0,35	-0,02	-0,07	0,03	-0,14
Hostilidade	0,25	0,11	-0,31	-0,22	0,30	-0,33
Ansiedade fóbica	0,11	0,67**	-0,28	-0,30	-0,08	0,04
Ideação paranoide	0,35*	0,37*	-0,28	-0,26	0,47**	-0,11
Psicoticismo	0,48**	0,31	0,19	-0,21	0,14	-0,02
Índice Geral de Sintomas (IGS)	0,43**	0,51**	-0,03	-0,15	0,11	-0,15
Total de Sintomas Positivos (TSP)	0,36*	0,59**	-0,32*	-0,34	0,19	-0,03

Nota: \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ ;

GCC = Grupo clínico; GCP = Grupo de comparação

Relativamente ao domínio da confiança nos outros e a sua associação com as dimensões do BSI, especificamente com a sensibilidade interpessoal e a ideação paranoide, revelou valores de correlação moderados, positivos e estatisticamente significativos que variam entre  $r = 0,47$  e  $r = 0,49$  e apenas no grupo clínico.

## Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo avaliar a presença de PSTS em esposas/companheiras de ex-combatentes portugueses da Guerra Colonial e explorar as consequências sintomatológicas da traumatização secundária nestas. Adicionalmente, foi ainda explorado o tipo de vinculação e as estratégias de *coping* utilizadas pelas esposas dos veteranos de guerra.

A amostra do estudo é constituída por 69 participantes divididas entre um grupo clínico (i.e., esposas de ex-combatentes de guerra;  $n = 39$ ) e um grupo de comparação (i.e., esposas de cidadãos civis da população geral;  $n = 30$ ), com idades entre os 58 e os 79 anos e os 59 e 81 anos, respetivamente. Na sua globalidade, e para o total da amostra, o agregado familiar das participantes é composto maioritariamente por duas pessoas, os casais têm entre dois e três filhos e as participantes do grupo clínico residem, essencialmente, na região de Coimbra e as do grupo de comparação na região de Aveiro. Em ambos os grupos, a maioria das participantes possui o 4º ano, são trabalhadoras não qualificadas encontrando-se reformadas e a subsistir, maioritariamente, com a reforma de ambos os elementos do casal.

Os resultados do presente estudo validam a premissa da traumatização secundária relativa à hipótese de que os efeitos do evento traumático se estendem para além da vítima primária, onde outros significativos com contacto próximo com o indivíduo traumatizado se podem tornar, também eles, vítimas do evento traumático (Figley, 1995; Rosenheck e Nathan, 1985). Estes indicam que as esposas dos ex-combatentes da Guerra Colonial com PSPT apresentam na sua maioria PSTS, sendo congruentes com os resultados encontrados no estudo de Pereira e Ferreira (2006) efetuado em Portugal e noutras investigações onde esposas de veteranos com PSPT, reportam mais sintomas de PSTS quando comparadas com esposas de civis ou esposas de veteranos sem PSPT. Mais concretamente, estudos prévios que investigaram a traumatização secundária em esposas de veteranos com PSPT de Israel (Ben Arzi et al., 2000; Dekel et al., 2005), do Vietname (Campbell e Renshaw, 2012; Galovski e Lyons, 2004), da Alemanha (Dirkzwager et al., 2005), da Croácia (Francisković et al., 2007) e dos Estados Unidos da América (Nelson Goff et al., 2009) verificaram que a condição mental e física do

ex-combatente influenciava a saúde física e mental das esposas e que estas manifestavam uma ampla gama de sintomatologia psicológica e física correspondentes aos sintomas da PSPT.

De facto, viver com um veterano com PSPT influencia significativamente a família e, especialmente, a esposa de quem se espera que seja empática e forneça todo o apoio necessário ao marido. Solomon e colaboradores (1992) referem que é possível que o contacto próximo e prolongado com o veterano traumatizado possa funcionar como um *stressor* crónico, o que pode resultar em sofrimento físico e psicológico entre os cônjuges destes veteranos. No mesmo sentido, Maloney (1988) considera que, pelo facto de as esposas terem a tendência para se identificar fortemente com os maridos, ou seja, para internalizar as suas experiências e para experienciar de forma fantasiosa o mesmo tipo de acontecimentos traumáticos pelos quais os maridos passaram, estas, como consequência, aprendem gradualmente a sentir-se e a comportar-se de forma bastante semelhante aos seus maridos traumatizados.

As perturbações de sono são bastante prevalentes nos ex-combatentes e estão associadas a uma série de problemas de saúde física e mental, podendo ser um fator chave subjacente à saúde dos cônjuges dos veteranos, bem como na família em geral (Holliday et al., 2016). Contudo, especialmente em relação às esposas, poucos estudos examinaram a prevalência dos problemas de sono entre estas e as suas consequências. Observa-se, na nossa amostra que, em relação à existência de perturbação do sono, as companheiras dos veteranos revelam ter mais presença de insónias quando comparadas com as esposas de cidadãos civis, o que está em consonância com outros estudos (Dirkzwager et al., 2005; Figley, 1995; Koic et al., 2002). Com efeito, num estudo recente efetuado por Holliday e colegas (2016) estes concluíram que os problemas de sono, incluindo a curta duração do sono, a má qualidade do sono, a disfunção diurna relacionada com estes problemas e a fadiga, estão associados a uma sintomatologia depressiva mais elevada, bem como uma saúde mais degradada e menor satisfação conjugal.

Os ex-combatentes e as suas esposas, como verificado anteriormente, experienciam sintomatologia psicopatológica significativa (e.g., Ben Arzi et al., 2000; Klarić et al., 2013; Solomon et al., 1992). No nosso estudo, as esposas de ex-combatentes têm pontuações mais elevadas em todas as dimensões que avaliam os sintomas psicopatológicos (i.e., somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide, psicoticismo) e na sua maioria apresentam psicopatologia quando comparadas com o grupo de esposas de cidadãos civis. Estes resultados vão no mesmo sentido de resultados obtidos noutros estudos, que indicam consistentemente que a PSPT do marido e a presença de PSTS têm implicações na saúde geral da esposa e que as manifestações psicológicas e psicofisiológicas estão associadas a dificuldades emocionais e sociais (e.g.,

somatização, sintomas depressivos e ansiosos, baixa-autoestima) (Dirkzwager et al., 2005; Koic et al., 2002; Pereira e Ferreira, 2006; Solomon et al., 1992).

As estratégias de *coping* adaptativas e maladaptativas têm sido implicadas no desenvolvimento, manutenção e exacerbação de uma variedade de perturbações emocionais e psiquiátricas e, neste caso, especificamente da PSPT (Jones e Barlow, 1990). As mulheres dos ex-combatentes, na nossa amostra, revelaram que as estratégias de *coping* que utilizam mais frequentemente são a negação, a autodistração, a autoculpabilização e o desinvestimento comportamental, pelo contrário as esposas dos cidadãos civis revelam utilizar menos estas estratégias. No sentido inverso, as esposas dos ex-combatentes evidenciam que as estratégias de *coping* que menos utilizam são o *coping* ativo, o planejar, o uso de suporte instrumental e social emocional, a reinterpretação positiva, a aceitação, a expressão de sentimentos e o humor quando comparadas com o grupo de comparação. Estes resultados vão de encontro a outros estudos onde analisaram que as estratégias de *coping* têm influência e podem aumentar a vulnerabilidade destas mulheres para desenvolver ou manter a sintomatologia associada à traumatização secundária (e.g., Jones e Barlow, 1990; Jordan et al., 1992; Pereira e Ferreira, 2006). Pereira e Ferreira (2006) analisaram a presença de PSTS nas mulheres de ex-combatentes e verificaram que uma menor saúde geral, uma maior psicopatologia e um menor *coping* suprimido (i.e., estratégias de evitamento em relação ao evento) estão associados ao desenvolvimento da PSTS. Rothbaum e colegas (1992) referem ainda que é possível que os problemas de sono tenham influência e dificultem o *coping* diário, o que origina um evitamento elevado das pistas relacionadas com o evento traumático, impedindo assim a extinção do medo aprendido em relação a sinais relacionados com esse mesmo evento. No geral, os cuidadores que usam o suporte social como estratégia de *coping* têm menos sintomas de traumatização secundária e, mais especificamente, as estratégias de *coping* ativo, de uso de suporte instrumental e emocional, de planeamento e de humor estão relacionados com níveis mais reduzidos de PSTS, quando usados frequentemente pelos cuidadores (Bride e Figley, 2009). Da mesma forma, o uso de estratégias maladaptativas (e.g., uso de substâncias) podem predizer e manter a sintomatologia traumática. Efetivamente, Jones e Barlow (1990) referem que as estratégias de *coping* podem ser uma variável importante ao moderar a resposta do indivíduo ao trauma e Pais-Ribeiro e Santos (2001) evidenciam ainda que estas estratégias dependem das particularidades dos indivíduos, dos acontecimentos onde estas foram utilizadas e, igualmente, do contexto onde ocorrem. Para além disso, o *coping* é conceptualizado como um processo, logo não é um traço do indivíduo, não é um padrão estável de resposta podendo, assim, ser susceptível de mudança (Pais-Ribeiro e Santos, 2001). Torna-se, então, evidente que fatores

como o suporte social e emocional em torno do casal e os estilos de *coping* da esposa podem ser importantes para diminuir o risco de reações e sintomatologia da PSTS.

Embora os estilos de vinculação sejam inicialmente formados a partir das relações que se estabelecem durante a infância com as figuras de vinculação primárias (e.g., pais), Bowlby (1982) também afirmou que as interações significativas com as figuras de vinculação que surgem posteriormente (e.g., amigos, cônjuges) podem alterar a vinculação segura e deslocar o indivíduo de uma região do espaço bidimensional para outra (i.e., vinculação ansiosa e vinculação evitante). No presente estudo verifica-se, a partir dos resultados obtidos, que as esposas dos veteranos se sentem menos confortáveis no estabelecimento de relações de proximidade e intimidade (i.e., menor conforto com a proximidade), se preocupam mais com a possibilidade de serem abandonadas ou rejeitadas (i.e., maior ansiedade), mas sentem com mais frequência que podem depender dos outros quando a situação o justifica (i.e., níveis mais elevados de confiança nos outros), quando comparadas com as esposas do grupo oposto. Estes resultados são similares aos encontrados noutras investigações que analisaram que inseguranças na vinculação podem, também, contribuir para a sintomatologia de traumatização secundária. Por exemplo, as esposas que têm pontuações mais elevadas na Ansiedade podem sentir-se assoberbadas pelas experiências penosas sentidas pelo marido e sentir-se angustiadas devido às suas próprias dificuldades em regular as emoções e à sua tendência para se identificarem com o sofrimento do marido (Mikulincer e Shaver, 2003).

Torna-se, do mesmo modo, importante referir que a vinculação ansiosa pode contribuir tanto para a PSPT, como para a PSTS ao provocar processos diádicos que aumentam a vulnerabilidade para desenvolver psicopatologia. Ou seja, é necessário ter em conta uma perspetiva diádica relativa aos processos relacionados com a vinculação, uma vez que as inseguranças de um cônjuge podem afetar as cognições, emoções e comportamentos do outro e contribuir para o seu sofrimento emocional (Mikulincer e Shaver, 2003). De facto, num estudo realizado por Shaver e colaboradores (2005) estes verificaram que a PSTS das esposas estava associada não só com o seu estilo de vinculação ansioso, mas também com a vinculação ansiosa do seu marido. Da mesma forma, os maridos com este tipo de vinculação podem estar mais propensos a envolver-se em esforços excessivos e intrusivos para obter tranquilidade, o que pode ter consequências nefastas nas estratégias de *coping* da esposa e aumentar, assim, a vulnerabilidade a PSTS. Além disso, quer o cônjuge tenha uma vinculação ansiosa ou uma vinculação evitante, estas podem causar sentimentos de rejeição, abandono e solidão no outro, o que pode originar uma perceção de falta de suporte do cônjuge, contribuindo para o desenvolvimento de sintomatologia porque, como já referido anteriormente, este é um dos

fatores que mais aumenta a vulnerabilidade para o desenvolvimento e manutenção da perturbação (Charuvastra e Cloitre, 2008).

Em Portugal, os estilos de vinculação nas esposas dos ex-combatentes da Guerra Colonial – no nosso conhecimento – não foram estudados. No entanto, estes foram investigados entre a população dos veteranos. Efetivamente, Ferrajão e Oliveira (2015a) analisaram o papel dos padrões de vinculação enquanto mediadores da relação entre a exposição a cenários de combate e sintomas pós-traumáticos em veteranos de guerra, onde concluíram que um estilo de vinculação evitante não revelou ser um fator preditor significativo de sintomatologia de PSPT mas, por outro lado, um estilo de vinculação ansioso revelou ser um fator mediador parcial entre o efeito de exposição ao conflito e o surgimento de sintomas de PSPT.

No que concerne aos resultados obtidos entre a associação dos sintomas psicopatológicos e a vinculação, foram encontradas associações positivas e significativas especialmente em relação à Ansiedade e as dimensões do BSI. Estes resultados vão de encontro ao que foi mencionado previamente e são consistentes com outros estudos (e.g., Mikulincer e Shaver, 2003; Shaver et al., 2005) que indicam que a vinculação ansiosa tem influência nas estratégias de *coping*, mas que tem ainda efeito e exacerba os problemas emocionais, bem como os sintomas psicopatológicos.

Em resumo, o presente estudo faculta dados que evidenciam que as mulheres dos ex-combatentes portugueses da Guerra Colonial sofrem, efetivamente, de PSTS e que existe um nível de traumatização secundária elevado, já que a maioria revela ter sintomatologia idêntica à dos seus maridos.

Como limitação da presente investigação referencia-se o tamanho reduzido da amostra, quer do grupo clínico, quer do grupo de comparação, devendo os resultados, por este motivo, ser interpretados com precaução.

Investigações futuras acerca da PSTS são necessárias, mais concretamente para explorar os fatores que provocam as reações de traumatização secundária e que outros membros da família podem estar mais vulneráveis (e.g., filhos, irmãos). Seria também interessante estudar na população das esposas outros constructos como a qualidade de vida e o suporte social, uma vez que estes estão diretamente ligados a uma vulnerabilidade mais elevada para desenvolver sintomatologia e os estilos de vinculação e os processos diádicos relacionados, igualmente com a PSPT/PSTS, visto que na população portuguesa, no nosso conhecimento, os estudos são inexistentes. Replicar este estudo e incluir amostras de veteranos com e sem PSPT e os respetivos cônjuges, também seria uma mais-valia.

## **Conclusão**

Através da literatura anteriormente revista e dos dados obtidos no presente estudo, parece evidente que as mulheres de ex-combatentes podem apresentar sintomatologia idêntica à dos seus companheiros. Sentimentos de medo constantes, dificuldades em dormir, evitamento dos outros e memórias penosas, podem interferir com a habilidade dos próprios para experienciar alegria de viver e, entender como o *stress* se desenvolve, como é mantido e como lidamos com ele é uma característica importante para compreender a PSPT, a influência e as consequências que este tem nos outros.

O isolamento dos veteranos de guerra e a sua imersão em memórias traumáticas, em particular, podem deixar as esposas extremamente solitárias, isoladas e vulneráveis a uma multiplicidade de perturbações psicológicas e somáticas. Perceber a interação complexa de eventos biológicos, psicológicos e ambientais e as vulnerabilidades associadas a estes, torna-se importante para compreender a génese da PSPT e especificamente da PSTS, para melhor formular estratégias de prevenção e intervenção porque, uma vez iniciado o ciclo disfuncional, este muitas vezes se autoperpetua.

## Bibliografia

- Albuquerque, A., Fernandes, A., Saraiva, E., & Lopes, F. (1992). Distúrbios Pós-traumáticos de Stress em ex-combatentes da guerra colonial. *Revista de Psicologia Militar, SPC*, 399–407.
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P. M., & Alves, C. (2003). Perturbação Pós-Traumática do Stress (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309–320.
- American Psychiatric Association. (1980). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3<sup>a</sup> ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ben Arzi, N., Solomon, Z., & Dekel, R. (2000). Secondary traumatization among wives of PTSD and post-concussion casualties: distress, caregiver burden and psychological separation. *Brain Injury*, 14(8), 725–736. <http://doi.org/10.1080/026990500413759>
- Boscarino, J. A. (2006). Posttraumatic stress disorder and mortality among U.S. Army veterans 30 years after military service. *Annals of Epidemiology*, 16(4), 248–256. <http://doi.org/10.1016/j.annepidem.2005.03.009>
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss*. Vol. I: *Attachment* (2<sup>a</sup> ed.). New York: Basic Books.
- Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence & Abuse*, 10(3), 198–210. <http://doi.org/10.1177/1524838009334448>
- Breslau, N., & Davis, G. C. (1991). Traumatic events and Posttraumatic Stress Disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216–222. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810270028003>
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626–632. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.55.7.626>
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for Posttraumatic Stress Disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748–766. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
- Bride, B. E., & Figley, C. R. (2009). Secondary trauma and military veteran caregivers. *Smith College Studies in Social Work*, 79, 314–329. <http://doi.org/10.1080/00377310903130357>
- Campbell, S. B., & Renshaw, K. D. (2012). Distress in spouses of Vietnam veterans: Associations with communication about deployment experiences. *Journal of Family Psychology*, 26(1), 18–25. <http://doi.org/10.1037/a0026680>
- Canavarro, M. C. (1997). *Relações afectivas ao longo do ciclo de vida e saúde mental*. Dissertação de doutoramento em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.



- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. Em M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 87–109). Braga: SHO/APPORT.
- Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população Portuguesa. *Psicologia*, XX(1).
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal Of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100. [http://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401\\_6](http://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6)
- Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social bonds and Posttraumatic Stress Disorder. *Annual Review Psychology*, 59, 301–328. <http://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085650>. Social
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644–663. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>
- Connor, K. M., & Butterfield, M. I. (2003). Posttraumatic Stress Disorder. *FOCUS*, 1(3), 247–262. <http://doi.org/10.1176/foc.1.3.247>
- Darves-Bornoz, J. M., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J. M., Kovess-Masfety, V., ... Gasquet, I. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress*, 21(5), 455–462. <http://doi.org/10.1002/jts>.
- Dekel, R., Goldblatt, H., Keidar, M., Solomon, Z., & Polliack, M. (2005). Being a wife of a veteran with Posttraumatic Stress Disorder. *Family Relations*, 54, 24–36. <http://doi.org/10.1111/j.0197-6664.2005.00003.x>
- Dekel, R., & Monson, C. M. (2010). Military-related Post-traumatic Stress Disorder and family relations: Current knowledge and future directions. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 303–309. <http://doi.org/10.1016/j.avb.2010.03.001>
- Dekel, S., Levin, Y., & Solomon, Z. (2015). Posttraumatic growth among spouses of combat veterans: Adaptive or maladaptive for adjustment? *Psychiatry Research*, 230(2), 712–715. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.018>
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595–605. <http://doi.org/10.1017/S0033291700048017>
- Dirkzwager, A. J., Bramsen, I., Adèr, H., & van der Ploeg, H. M. (2005). Secondary traumatization in partners and parents of Dutch peacekeeping soldiers. *Journal of Family Psychology*, 19(2), 217–226. <http://doi.org/10.1037/0893-3200.19.2.217>
- Domschke, K. (2012). Patho-genetics of Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatria Danubina*, 24(3), 267–273.
- Ehlers, A., & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in Posttraumatic Stress Disorder: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 217–249.
- Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2015a). Attachment patterns as mediators of the link between combat

- exposure and posttraumatic symptoms: A study among Portuguese war veterans. *Military Psychology*, 27(3), 185–195. <http://doi.org/10.1037/mil0000075>
- Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2015b). Factors related to adherence with Post-Traumatic Stress Disorder treatment: A qualitative study among Portuguese war veterans. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2, 21–26.
- Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2016a). Portuguese war veterans: Moral injury and factors related to recovery from PTSD. *Qualitative Health Research*, 26(2), 204–214. <http://doi.org/10.1177/1049732315573012>
- Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2016b). The effects of combat exposure, abusive violence, and sense of coherence on PTSD and depression in Portuguese colonial war veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(1), 1–8. <http://doi.org/10.1037/tra0000043>
- Figley, C. R. (1983). Catastrophes: An overview of family reactions. Em C. R. Figley & H. McCubbin (Eds.), *Stress and the Family II: Coping with catastrophe* (pp. 3–21). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress: An overview. Em C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatised* (pp. 1–20). New York: Brunner/ Mazel.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists’ chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. <http://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: The Guilford Press.
- Francisković, T., Stevanović, A., Jelusić, I., Roganović, B., Klarić, M., & Grković, J. (2007). Secondary traumatization of wives of war veterans with posttraumatic stress disorder. *Croatian Medical Journal*, 48(2), 177–184.
- Galovski, T., & Lyons, J. A. (2004). Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran’s family and possible interventions. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 477–501. [http://doi.org/10.1016/S1359-1789\(03\)00045-4](http://doi.org/10.1016/S1359-1789(03)00045-4)
- Gentes, E. L., Dennis, P. A., Kimbrel, N. A., Rissling, M. B., Beckham, J. C., & Calhoun, P. S. (2014). DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder: Factor structure and rates of diagnosis. *Journal of Psychiatric Research*, 59, 60–67. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.08.014>
- Hartsough, D. M., & Myers, D. G. (1985). *Disaster work and mental health: Prevention and control of stress among workers*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Holliday, S. B., Haas, A., Shih, R. A., & Troxel, W. M. (2016). Prevalence and consequences of sleep problems in military wives. *Sleep Health*, 2, 116–122. <http://doi.org/10.1016/j.sleh.2016.03.004>

- Hyams, K. C., Wignall, F. S., & Roswell, R. (1996). War syndromes and their evaluation: From the U.S. Civil War to the Persian Gulf War. *Annals of Internal Medicine*, 125(5), 398–405.
- Jaycox, L. H., Foa, E. B., & Morral, A. R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 185–192. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.185>
- Jones, E. (2006). Historical approaches to post-combat disorders. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 361, 533–542. <http://doi.org/10.1098/rstb.2006.1814>
- Jones, J., & Barlow, D. (1990). The etiology of Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Psychology Review*, 10, 299–328.
- Jordan, B. K., Marmar, C. R., Fairbank, J. A., Schlenger, W. E., Kulka, R. A., Hough, R. L., & Weiss, D. S. (1992). Problems in families of male Vietnam veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 916–926. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.60.6.916>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E. J., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.
- King, D. W., Taft, C., King, L. A., Hammond, C., & Stone, E. R. (2006). Directionality of the association between social support and Posttraumatic Stress Disorder: A longitudinal investigation. *Journal of Applied Social Psychology*, 36(12), 2980–2992. <http://doi.org/10.1111/j.0021-9029.2006.00138.x>
- King, L. A., King, D. W., Fairbank, J. A., Keane, T. M., & Adams, G. A. (1998). Resilience-recovery factors in Post-traumatic Stress Disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2), 420–434. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.74.2.420>
- Klarić, M., Kvesić, A., Mandić, V., Petrov, B., & Frančišković, T. (2013). Secondary traumatisatation and systemic traumatic stress. *Medicina Academica Mostariensia*, 1(1), 29–36.
- Koenen, K. C. (2007). Genetics of Posttraumatic Stress Disorder: Review and recommendations for future studies. *Journal of Traumatic Stress*, 20(5), 737–750. <http://doi.org/10.1002/jts>.
- Koenen, K. C., Stellman, J. M., Stellman, S. D., & Sommer, J. F. (2003). Risk factors for course of Posttraumatic Stress Disorder among Vietnam veterans: A 14-Year follow-up of American Legionnaires. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 980–986. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.980>
- Koic, E., Franciskovic, T., Muzinic-Masle, L., Dordevic, V., Vondracek, S., & Prpic, J. (2002). Chronic pain and secondary traumatization in wives of Croatian war veterans treated for Posttraumatic Stress Disorder. *Acta Clinica Croatica*, 41, 295–306.
- Koren, D., Norman, D., Cohen, A., Berman, J., & Klein, E. M. (2005). Increased PTSD risk with

- combat-related injury: A matched comparison study of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 276–282. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.276>
- Kuch, K., & Cox, B. J. (1992). Symptoms of PTSD in 124 survivors of the Holocaust. *American Journal of Psychiatry*, 149(3), 337–340.
- Lassemo, E., Sandanger, I., Nygård, J. F., & Sørgaard, K. W. (2016). The epidemiology of Post-traumatic Stress Disorder in Norway: trauma characteristics and pre-existing psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1–9. <http://doi.org/10.1007/s00127-016-1295-3>
- Luftman, K., Aydelotte, J., Rix, K., Ali, S., Houck, K., Coopwood, T. B., ... Davis, M. (2016). PTSD in those who care for the injured. *Injury*, 1–4. <http://doi.org/10.1016/j.injury.2016.11.001>
- Maia, A. (2005). *Entrevista clínica estruturada para as perturbações do DSM-IV Eixo I, Versão clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Maia, A., McIntyre, T., Pereira, M. G., & Ribeiro, E. (2011). War exposure and Post-traumatic Stress as predictors of Portuguese colonial war veterans' physical health. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 24(3), 309–325. <http://doi.org/10.1080/10615806.2010.521238>
- Maloney, L. J. (1988). Post traumatic stresses on women partners of Vietnam veterans. *Smith College Studies in Social Work*, 58(2), 122–143. <http://doi.org/10.1080/00377318809516639>
- McCann, I., & Pearlman, L. (1990). Vicarious Traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149. <http://doi.org/10.1007/BF00975140>
- McCuaig-Edge, H. J., & Ivey, G. W. (2012). Mediation of cognitive appraisal on combat exposure and psychological distress. *Military Psychology*, 24, 71–85. <http://doi.org/10.1080/08995605.2012.642292>
- McMillan, K. A., & Asmundson, G. J. G. (2016). PTSD, social anxiety disorder, and trauma: An examination of the influence of trauma type on comorbidity using a nationally representative sample. *Psychiatry Research*, 246, 561–567. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.036>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 35, 53–152. [http://doi.org/10.1016/S0065-2601\(03\)01002-5](http://doi.org/10.1016/S0065-2601(03)01002-5)
- Nelson Goff, B. S., Crow, J. R., Reisbig, A. J., & Hamilton, S. (2009). The impact of soldiers' deployments to Iraq and Afghanistan: Secondary Traumatic Stress in female partners. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 8, 291–305. <http://doi.org/10.1080/15332690903246085>
- O'Toole, B. I., Marshall, R. P., Schureck, R. J., & Dobson, M. (1998). Posttraumatic Stress Disorder and comorbidity in Australian Vietnam veterans: Risk factors, chronicity and combat. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 32–42. <http://doi.org/10.3109/00048679809062702>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52–73. <http://doi.org/10.1037/1942-9681.S.1.3>
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de

- adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde E Doenças*, 5(1), 3–15.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4(XIX), 491–502. <http://doi.org/10.14417/ap.379>
- Pereira, M. G., & Ferreira, J. M. (2006). Variáveis psicossociais e traumatização secundária em mulheres de ex-combatentes da Guerra Colonial. Em P. J. Costa, C. L. Pires, J. Veloso, & C. T. Pires (Eds.), *Stresse Pós-traumático: Modelos, Abordagens e Práticas* (pp. 37–45). Editorial Diferença.
- Pereira, M. G., Pedras, S., & Lopes, C. (2012). Posttraumatic Stress, psychological morbidity, psychopathology, family functioning, and quality of life in Portuguese war veterans. *Traumatology*, 18(3), 49–58. <http://doi.org/10.1177/1534765611426794>
- Pereira, M. G., Pedras, S., Lopes, C., Pereira, M., & Machado, J. (2010). PTSD, psicopatologia e tipo de família em veteranos de Guerra Colonial Portuguesa. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 211–232.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS* (5th ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Remer, R., & Ferguson, R. A. (1995). Becoming a secondary survivor of sexual assault. *Journal of Counseling and Development*, 73, 407–413. <http://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1995.tb01773.x>
- Riggs, D. S., Byrne, C. A., Weathers, F. W., & Litz, B. T. (1998). The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: Problems associated with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 87–101. <http://doi.org/10.1023/A>
- Rosenheck, R., & Nathan, P. (1985). Secondary traumatization in children of Vietnam veterans. *Hospital and Community Psychiatry*, 36(5), 538–539.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of Post-traumatic Stress Disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 455–475. <http://doi.org/10.1007/BF00977239>
- Santiago, P. N., Ursano, R. J., Gray, C. L., Pynoos, R. S., Spiegel, D., Lewis-Fernandez, R., ... Fullerton, C. S. (2013). A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: Intentional and non-intentional traumatic events. *PLoS ONE*, 8(4), 1–5. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0059236>
- Schaal, S., Koebach, A., Hinkel, H., & Elbert, T. (2015). Posttraumatic Stress Disorder according to DSM-5 and DSM-IV diagnostic criteria: A comparison in a sample of Congolese ex-combatants. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 1–8. <http://doi.org/10.3402/ejpt.v6.24981>
- Schnurr, P. P., Lunney, C. A., & Sengupta, A. (2004). Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 17(2), 85–95. <http://doi.org/Doi 10.1023/B:Jots.0000022614.21794.F4>
- Scott, W. J. (1990). PTSD in DSM-III: A case in the politics of diagnosis and disease. *Social Problems*, 37(3), 294–310. <http://doi.org/10.1525/sp.1990.37.3.03a00020>
- Seal, K. H., Metzler, T. J., Gima, K. S., Bertenthal, D., Maguen, S., & Marmar, C. R. (2009). Trends

- and risk factors for mental health diagnoses among Iraq and Afghanistan veterans using department of Veterans Affairs Health Care, 2002-2008. *American Journal of Public Health*, 99(9), 1651–1658. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2008.150284>
- Shaver, P. R., Schachner, D. A., & Mikulincer, M. (2005). Attachment style, excessive reassurance seeking, relationship processes, and depression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(3), 343–359. <http://doi.org/10.1177/0146167204271709>
- Snir, A., Levi-Belz, Y., & Solomon, Z. (2016). Is the war really over? A 20-year longitudinal study on trajectories of suicidal ideation and posttraumatic stress symptoms following combat. *Psychiatry Research*, 247, 33–38. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.065>
- Solkoff, N., Gray, P., & Keill, S. (1986). Which Vietnam veterans develop posttraumatic stress disorders? *Journal of Clinical Psychology*, 42(5), 687–698. [http://doi.org/10.1002/1097-4679\(198609\)42:5<687::AID-JCLP2270420502>3.0.CO;2-J](http://doi.org/10.1002/1097-4679(198609)42:5<687::AID-JCLP2270420502>3.0.CO;2-J)
- Solomon, Z. (1998). The effect of combat-related Post-traumatic Stress Disorder on the family. *Psychiatry Interpersonal & Biological Processes*, 51(3), 323–329. <http://doi.org/10.1521/00332747.1988.11024407>
- Solomon, Z., Waysman, M., Levy, G., Fried, B., Mikulincer, M., Benbenishty, R., ... Bleich, A. (1992). From front line to home front: A study of secondary traumatization. *Family Process*, 31, 289–302. <http://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1992.00289.x>
- Tsai, J., Harpaz-Rotem, I., Pietrzak, R. H., & Southwick, S. M. (2012). The role of coping, resilience, and social support in mediating the relation between PTSD and social functioning in veterans returning from Iraq and Afghanistan. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 75(2), 135–149. <http://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.2.135>
- Turnbull, G. J. (1998). A review of Post-traumatic Stress Disorder. Part I: Historical development and classification. *Injury*, 29(2), 87–91. [http://doi.org/10.1016/S0020-1383\(97\)00131-9](http://doi.org/10.1016/S0020-1383(97)00131-9)
- Yambo, T. W., Johnson, M. E., Delaney, K. R., Hamilton, R., Miller, A. M., & York, J. A. (2016). Experiences of military spouses of veterans with combat-related Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(5), 1–9. <http://doi.org/10.1111/jnu.12237>
- Yehuda, R. (2002). Current status of cortisol findings in Post-traumatic Stress Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 25, 341–368.

